別記第1号様式(第2条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 受付番号 | 　 |

　　　　　　　　　　　　指定障害福祉サービス事業者

　　　　　　　　　　　　・指定障害者支援施設　　　指定申請書

　　　　　　　　　　　　・指定一般相談支援事業者

　　年　　月　　日

　　熊本県知事　　　　　　　　様

申請者　　所在地

(設置者)　 名称

代表者の氏名

　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 事業所(施設)所在地市町村番号 | 　 |
| 申請者(設置者) | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　) |
| 　 | 都道府県 | 　 | 郡・市区 |
| 　 |
| 法人の種別 | 　 | 法人所轄庁 | 　 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 代表者の職・氏名 | 職名 | 　 | フリガナ | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　―　　　　) |
| 　 | 都道府県 | 　 | 郡・市区 |
| 　 |
| 指定を受けようとする事業所・施設の種類 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 事業所(施設)の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　)　　　　　県　　　　　郡・市 |
| 　 |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | 実施事業 | 　指定申請をする事業等の事業開始予定年月日 | 様式 | 実施事業 | 既に指定を受けている事業等の指定年月日 | 備考 |
| 指定障害福祉サービス事業所 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 指定障害者支援施設 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 指定一般相談支援事業所 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| ○○事業所番号 | 同一の法律において既に指定を受けている場合 | 　 |
| 　 |

(備考)

　1　「受付番号」欄及び「事業所(施設)所在地市町村番号」欄には、記載しないでください。

　2　「法人の種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」等の別を記載してください。

　3　「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

　4　「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものを含めて記載し、今回申請するものについては左側の「実施事業」欄に、既に指定を受けているものについては右側の「実施事業」欄に「○」を記入してください。

　5　申請する事業の種類に応じて、別に定める付表及び必要書類を添付してください。

　6　「○○事業所番号」欄には、熊本県において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。